

ARMENIAN

ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ ՄԵԴԻԲԱԼ ՑԱՆԿԱՑՈՂՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

ԱՆՁՆԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԳԱՂՏՆԱՊԱՀՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՐԳՈՂ ՏԵՂԵԿԱԳԻՐ

Վե՛լֆեր եւ Հաստատությունների կողմի 14011 եւ 14012 հատվածները իրավունք են տալիս վե՛լֆերի գրասենյակին ձեզանից ստանալու մի կարգ տեղեկություններ որոշելու եթե դուք կամ այն անձը որին դուք ներկայացնում եք, կարող են ստանալ Մեդիֆալ: Դուք պետք է հայթայթեք այս տեղեկությունները Մեդիֆալ ստանալու համար: Այս տեղեկությունները գործածվելու են՝

1. Քաունթիի վե՛լֆեր գրասենյակի կողմից հաստատելու յեր առաջին անգամ կամ շարունակուող Մեդիֆալի իրավասությունը:
2. Administrative Vendor–ի (AV) կողմից, պահանջարկներ ընթացքի մեջ դնելու եւ Benefits Identification Cards (BICs) սարքելու համար:
3. Միացյալ Նահանգների (U.S.) Department of Health and Human Services–ի կողմից ստուգելու, որակավորելու եւ հաստատելու Medicare Buy-in եւ Social Security–ի համարները (SSNs):
4. Միացյալ Նահանգների Immigration and Naturalization Service–ի (INS) կողմից, ստուգելու օտարերկրացու ստատուսը (alien status), նրանց որոնք հաստատում են թէ օրինավոր են մուտք գործել մշտական բնակչություն հաստատելու կամ օրինավոր բնակիչ են ըստ Permanently Residing in the U.S. Under Color of Law (PRUCOL) կամ Amnesty Aliens օրենքի տակ ունեն 1-688 ֆարտ, որը ուժի մեջ է: INS–ի ստացած տեղեկությունը կարող է գործածվի միմիայն Մեդիֆալը որոշելու եւ չի կարող գործածվել գաղթականական հարցերի առնչությամբ, միայն եթե այն պարագային որ դուք ուզում եք կեղծել:
5. Բժշկական տարբեր կազմակերպությունների կողմից վավերացնելու Մեդիֆալ ստանալու իրավունք:
6. Հստակացնելու բժշկական ապահովագրությունը եւ հատուցման ֆայլեր առնել:

ՄԵԴԻԲԱԼ ԴԻՄՈՐԴԻ/ՆՊԱՍՏ ՍՏԱՑՈՂԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ, ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՒ ՀԱՍԿԱՑՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

ԵՍ ԻՐԱՎՈՒՆՔ ՈՒՆԵՄ՝

1. Թարգմանիչ խնդրելու որ ինձ օգնի դիմել Մեդիֆալի համար եթե ես դժվարանամ խօսելու կամ հասկանալու Անգլերէն լեզուն:
2. Պահանջել դեմ–առ–դեմ հարցազրույց ֆաունթիի պատասխանատուի հետ:
3. Արդար եւ հավասար վերաբերմունքի, անկախ իմ ազգությունից, գույնից, կրոնից, ցեղից, սեռից, տարիքից, կամ ֆաղաֆական համոզումից:
4. Դիմել որպես հաշմանդամ եթե կարծում եմ որ հաշմանդամ եմ:
5. Ստանալ տեղեկություն անցած Մեդիֆալի օրենքների մասին:
6. Մեդիֆալի դիմել եւ գրավոր կերպով տեղեկացվել եթե ինձ Մեդիֆալ կհասնի:
7. Մեդիֆալի օրենքները ստուգել եթե ցանկանամ իմանալ իմ Մեդիֆալի ընդունվելու կամ չընդունվելու պատճառը:
8. Քաունթիի վե՛լֆերի գրասենյակին տված իմ բոլոր տեղեկությունները պահպանվե գաղտնի եւ ես իրավունք ունենամ նրանք տեսնելու իմ գրասենյակ այցելության ժամանակ:
9. Ստանալ ամիջական պետքերի ֆարտ, երբ կարելիությունը եւ իրավասությունը լինի, այն ժամանակ երբ ես բժշկական ամիջական խնամքի կարիք ունենամ կամ հղի լինեմ:
10. Ստանալու Մեդիֆալ, ըստ օրենքի, այն ընթացքին երբ իմ գաղթականական ստատուսը հաստատվում է: Օտարերկրացիներ որոնք օրինավոր են մուտք գործել մշտական բնակչության համար, կամ PRUCOL կամ Amnesty Aliens որոնք ունեն 1-688 ֆարտ որը ուժի մեջ է եւ գոհացուցիչ գաղթականական ստատուսի մեջ են:
11. Տեղեկություն ստանալ Child Health եւ Disability Prevention Program (CHDP) եւ Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children (WIC), եւ օգնություն խնդրել ստանալու այս սպասարկությունները:
12. Տեղեկություն ստանալ Personal Care Service Program (PCSP) եւ այդ սպասարկությունից օգտվելու օգնություն ստանալ:
13. Տեղեկություն ստանալ Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Program (EPSDT) մասին:
14. Հարցնել եւ տեղեկություն ստանալ Family Planning Program–ի մասին եւ իմանալ եթե դա հասնում է ինձ:
15. Խոսել սոցիալ աշխատողի հետ ուրիշ սպասարկությունների մասին որոնք ես կարող եմ ստանալ:

ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ ՄԵՏԻՔԱԼ ՍՏԱՆԱԼ ՑԱՆԿԱՑՈՂՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ (ՇԱՐՈՒՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆ)

16. Տեղեկություն ստանալ Մեդիքալի Health Care Plans-ի մասին որին ընտանիքս եւ ես կարող ենք միանալ բժշկական խնամք ստանալու համար, եւ ընտրելու իմ ցանկացածը:
17. Պակսեցնել իմ ծախսի բաժինը, հայթայթելով չվճարված անցեալի բիլերը (որոնք դեռ վճարված չեն):
18. Պակսեցնել իմ ունեցվածքը (property reserve) Մեդիքալի թույլատրված սահմանների չափով, այդ նույն դիմած ամսվա մինչեւ վերջին օրը երբ ես Մեդիքալ պետք ունեմ, եւ ցուցմունք ստանալ ինչպես ծախսել այդ հավելյալ ունեցվածքը:
19. (Իմ եւ իմ կողակցի) հաշվվող (nonexempt) կալվածները գրավոր համաձայնությամբ բաժանել հավասար մասերի եթե մեզմիջև որեւեմեկը մտնի ծերանոց (long term care LTC) Սեպտեմբեր 30, 1989-ից առաջ:
20. Պահել որոշակի գումար կամ սեփական կալված եթե ես մտնեմ ծերանոց (LTC) Հունվար 1, 1990-ից հետո: Իմ կողակցից եւ ես իրավունք ունենք իմանալու այդ գումարի սահմանը:
21. Ունենալու նահանգային ունկնորություն (appeal), եթե ես գոհ չեմ քաղաքի վիճակի բաժնի կամ State Department of Health Services-ի առած կամ չառած որոշումներից, բացի այն որոշումներից որոնք կապ ունեն Health Insurance Premium Payment-ի (HIP) եւ Employer Group Health Plan (EGHP) ծրագրերի հետ: Եթե ես ուզեմ նահանգային ունկնորության միջոցով վերադիմել այդ որոշումը, ես դա պետք է անեմ ազդագիրը՝ Notice of Action-ը (NOA) ուղարկվելուց հաջորդող 90 օրվա ընթացքին: Եթե ես NOA չեմ ստացել, պետք է պահանջեմ վերադիմելու (appeal) իմ իմանալուց յաջորդող 90 օրերի ընթացքում: Իմ իմացության օրը այն օրն է երբ ես իմացա, կամ պետք է որ իմանալի այդ որոշումի արդյունքը: Ունկնորություն պահանջելու լավագույն միջոցը քաղաքի վիճակի բաժանմունքի հետ կապվելն է:

ԻՄ ՊԱՐՏԱԿԱՆՑՈՒՄՆ Է ՏԱՍԸ (10) ՕՐՎԱ ԸՆԹԱՑՔԻՆ ՏԵՂԵԿԱՑՆԵԼ ԻՄ ՔԱՌՆԹԻԻ ՆԵՐԿԱՑԱՑՈՒՑԶԻՆ ԵՐԲ՝

1. Իմ կամ իմ ընտանիքի որեւե անդամի եկամուտը շատանում, պակասում, սկսում կամ կանգ է առնում: Դա ներառյալ է այն եկամուտը որը գալիս է Social Security Administration-ից (SSA), պարտքից, դատից, կամ որեկի ուրիշ աղբյուրից:
2. Ես ծրագրում եմ կամ արդեն իսկ փոխել եմ իմ բնակավայրը կամ նամակատուփի հասցեն:
3. Որեկն անձ, ներառյալ նորածին երեխա, ինձ կամ ընտանիքս հետ կապ ունեցող կամ ոչ, տեղափոխվում է կամ թողնում է տունս:
4. Բացակա ծնողը տուն է վերադառնում:
5. Ես կամ ընտանիքիս մի որեկն անդամ ծննդաբերում է, հղիանում է, կամ դադարեցնում է հղությունը:
6. Ես, կողակցս, կամ ընտանիքիս որեկն անդամ մտնում կամ թողնում է ծերանոց կամ LTC facility:
7. Կարած կամ այլ ունեցվածք (ներառյալ դրամ) ստանալ, փոխանանել, տալ, կամ ծախսել, կամ էլ երբ մի ուրիշը ինձ կամ ընտանիքիս անդամի կտա գույքեր՝ ինչպես մեքենա, տուն, ինչուրանսի ծախս, եվայլն:
8. Ես ունեմ ծախսեր որոնք վճարվում են մի ուրիշի կողմից:
9. Ես կամ ընտանիքիս մի ուրիշ անդամ սկսում է աշխատել, գործ է փոխում, կամ գործ է կորցնում:
10. Իմ ծախսերը փոխվում են գործի կամ ուսման պատճառով (օրինակ՝ երեխայի հոգատարություն, տրանսպորտ, եվայլն):
11. Ես կամ ընտանիքիս մի ուրիշ անդամ (ներառյալ երեխա) փոխաբառով կամ մտապես անկարող է լինում:
12. Ես կամ ընտանիքիս մի ուրիշ անդամ դիմում եմ տիսապիլիթի SSA-ից, Veteran Administration-ից, կամ Railroad Retirement-ից:
13. Երեխաներիցս մեկը դպրոցը թողնում է կամ վերադառնում է դպրոց:
14. Ընտանիքիս որեկն անդամի, որը դիմել է կամ ստանում է Մեդիքալ, քաղաքացիական/գաղթական/ստատուսը փոխվում է:
15. Իմ կամ ընտանիքիս մի ուրիշ անդամի առողջապահական ապահովագրման տվյալները փոխվում են:

ԻՄ ՊԱՐՏԱԿԱՆՑՈՒՄՆ Է՝

1. Ըստ պահանջի, լրացնել եւ վերադարձնել ստատուսի տեղեկագիրը:
2. Փաստ ներկայացնել որ ես Քալիֆորնիո բնակիչ եմ:
3. Դեկլարացիա ներկայացնել իմ քաղաքացիության/գաղթականության ստատուսի մասին:

ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ ՄԵՏԻՔԱԼ ԱՏԱՆԱԼ ՑԱՆԿԱՑՈՂՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ (ՇԱՐՈՒՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆ)

- Ներկայացնել SSN ինձ համար եւ կամ ընտանիքիս անդամներից նրանց համար որոնք ունեն SSN եւ ուզում եմ Մեդիքալ: Եթե ես Ամերիկայի քաղաքացի եմ, կամ օրինավոր գաղթականական ստատուսով մի օտարերկրացի, ես պետք է դիմեմ SSN եւ դա ներկայացնել ֆաունթեյն եթե արդեն դա արած չլինեմ: Եթե պետք ունեմ դիմել SSN-ի, ես կարող եմ ստանալ օգնություն վեյֆերի աշխատողից, բայց ես պետք է համագործակցեմ SSA-ի հետ պարզելու որեկի հարց, այլապես իմ Մեդիքալը կմերժվի կամ էլ կդադարեցվի: (Օտարերկրացիներ որոնք ունեն անբավարար գաղթականական ստատուս եւ չունեն SSN, կարող են ստանալ սահմանափակված Մեդիքալ առանց SSN դիմելու եթե կրավարարեն բոլոր պայմանները:)
- Դիմելու որեկի եկամուտի աղբյուրի որը կհասնի ինձ կամ ընտանիքիս որեկի մի անդամի:
- Մեդիքալի դիմելու, եթե ես կույր եմ, կամ հաշմանդամ, կամ ունեմ End Stage Rental հիվանդություն, կամ 64 տարեկան եւ 9 ամսական եմ կամ ավելին եւ իրավասու: Իմ պարտականությունն է ասել իմ հայթայթողներին որ ունեմ թե Մեդիքալ եւ թե Մեդիքեր:
- Դիմել եւ գրանցվել որեկի առողջապահական ապահովագրության եթե դա ձրիաբար ավայրը է ինձի եւ իմ ընտանիքիս: Իմ պարտականությունն է մնալ բաժանորդագրված այդ ապահովագրության մեջ երբ Մետիքալը վավերացնի Գալիֆորնիո Նահանգի ապահովագրման վնարումները:
- Տեղեկացնել ֆաունթի բաժնին, եւ բժշկական խնամատարին, որեկի առողջապահական ապահովագրություն որ ես ունեմ կամ իրավունք ունեմ գործածելու, ներառյալ Մեդիքեր: Եթե ես իմանալով չհայտնեմ այս տեղեկությունը, ես կարող է հանձանքի հմար մեղադրվեմ, կամ հայթայթողը կարող է բիլերը ինձ ուղարկի:
- Գնալ իմ առողջապահական պլանը (ինչպես Քայզեր, CHAMPUS, կամ Մեդիքեր HMO) բժշկական խնամքի կարիքի ժամանակ: (Մեդիքալը չի վնարի որեկի խնամքի համար որը բլանի կողմից չի փակվում:)
- Իմ ստացած ապահովագրության վնարումները տալ Նահանգին, եթե Մեդիքալը իմ խնամքի համար արդեն ինկ վնարած է:
- Գնալ ներկայացումի, եթե դա առաջարկվում է, եւ գրավոր ընտրություն անել, կամ եթե նամակով ստացած լինեմ՝ պատասխանել, որ ինչպես եմ ուզում ստանալ իմ Մեդիքալը: Եթե ես անձամբ չգնամ եւ չնորեմ, կամ չնորեմ նամակով, ես եւ իմ իրավասու ընտանիքի անդամները կարող է նշանակվեն Մեդիքալի Health Care Plan-ի իմ տան մոտ:
- Ստորագրել եւ թվարկել իմ BIC-ը երբ դա ստանամ, զգուշ լինեմ որ դա միայն գործածվում է ստանալու առողջապահական խնամք ինձ կամ իրավասու ընտանիքի անդամների համար:
- Իմ BIC-ը տանել ինձ հետ իմ բժիշկիս երբ հիվանդ եմ կամ ունեմ ժամադրություն: Շտապ օգնության ժամանակ երբ BIC-ը մոտս չի, եւ BIC-ը պետք է հասացնեմ բժշկական խնամք հայթայթողին երբ կարելի է:
- Քաունթի բաժնին տեղեկացնել երբ ես ստանում եմ բժշկական խնամք ուրիշի պատճառած արկածի կամ վնասվածքի համար, որի համար Մեդիքալը բիլը ստացել է կամ կարող է ստանալ:
- Գործակցել Նահանգի կամ ֆաունթի հետ հաստատելու հայրությունը, եւ հստակացնել որեկի բժշկական խնամք որ կհասնի ինձ կամ իմ ընտանիքին բացակա ծնողի կողմից:
- Գործակցել Գալիֆորնիո Նահանգի հետ եթե իմ գործերը ընտրվում է որակի ֆնուրեան խմբի կողմից: Եթե ես մերժեմ գործակցել, իմ Մեդիքալը կդադարեցվի:

ԵՍ ՀԱՍԿԱՆՈՒՄ ԵՄ ԹԵ՛

- Պահանջված տեղեկությունները չտալ կամ թե իմանալով սխալ տեղեկություններ տալը պատճառ կդառնա որ իմ Մեդիքալը մերժվի կամ դադարեցվի:
- Իմ տված տեղեկությունները պիտի ստուգվեն համակարգիչներով, այն տեղեկությունների հետ որոնք տրվում են աշխատատիրոջ, դրամատուներին, SAA, Franchise Tax Board, վեյֆերի, եւ ուրիշ կազմակերպությունների կողմից: Ես իրավունք ունենալու եմ փաստ ներկայացնելու, ուղղելու որեկի տեղեկություններ որոնք սխալ են:
- Օտարերկրացիներ որոնք ունեն անբավարար գաղթականական ստատուս եւ չունեն SSN, կարող են ստանալ սահմանափակված Մեդիքալ առանց SSN դիմելու եթե կրավարարեն բոլոր պայմանները:
- Մեդիքալի դիմումի հետ տրված գաղթականական տեղեկությունները գաղտնի պիտի մնան:
- Իմ եկամուտի համաձայն, ես պիտի վնարեմ իմ բժշկական խնամքի ծախսի մի մասը նախքան Մեդիքալ ստանալը:
- Եթե ես փոփոխությունները ճիշդ ձևով չտեղեկացնեմ, եւ դրա համար ստանամ Մեդիքալ, որը ինձի չի հասնում, կարող է որ ստիպվիմ հետ վնարել State Department of Health Service-ին:

**ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ ՄԵԴԻԲԱԼ ՍՏԱՆԱԼ ՑԱՆԿԱՑՈՂՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ
(ՇԱՐՈՒՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆ)**

7. Եթե ես ստանում եմ Մեդիֆալ անկարողության պատճառով եւ դիմեմ դիսաբիլիթիի օգնության SAA-ից, եւ SAA-ը մերժի իմ դիսաբիլիթիին, իմ Մեդիֆալը կարող է դադարեցվի: Եթե ես այդ մերժումը ամիջապես վերադիմեմ, իմ Մեդիֆալը կշարունակվի մինչեւ SAA-ը վերջնական որոշում տա: Եթե SAA-ը ընդունի իմ բլեյմը, իմ Մեդիֆալը կշարունակվի: Եթե SAA-ը չընդունի իմ պահանջը, իմ Մեդիֆալը կդադարեցվի:
8. Մեդիֆալ ստանալու իբր պայման, իմ եւ իմ պատասխանատվության տակ օրինապես գտնվող անձերի բժշկական խնամքը, եւ/կամ բժշկական խնամքի վնասումները, բնականաբար հանձնվում են Նահանգին:
9. Եթե բժշկական օգնությունը դատարանի միջոցով է պահանջվում բացակա ծնողի կողմից իմ երեխաների համար, ապահովագրության ընկերությունը պետք է թողնի ինձ գրանցել եւ խնամք հայթայթել իմ երեխաներին առանց բացակա ծնողի համաձայնությանը:
10. Եթե ես չդիմեմ կամ պահեմ անվճար առողջապահական ապահովագրությունը կամ նահանգի կողմից վճարված ապահովագրությունը, իմ Մեդիֆալը եւ/կամ իրավասությունը կմերժվի կամ կդադարեցվի:
11. Երբ ես Մեդիֆալ դիմեմ, պետք է նաեւ ստուգեն եթե ինձ կհասնի ուրիշ բժշկական օգնության ծրագիր, ներառյալ HIPP եւ EGHP:
12. Եթե ես պահանջեմ Մեդիֆալի հայթայթողից որեւէ խնամք, որը դուրս է ընկնում իմ ոչ-Մեդիֆալի առողջապահական ծրագրից, ես պետք է բժշկական խնամք հայթայթողին տամ գրավոր իմաց իմ առողջական պլանից, ասելով նա չի հայթայթում այդ Մեդիֆալի կողմից առաջարկվող սպասարկությունը:
13. Մեդիֆալի հայթայթիչներ չեն կարող հավաքել ապահովագրության վնասաբաժին, ֆոնդեր, կամ դիդաֆթրիսինձանից բացի այն ժամանակ երբ այդ վնասումը գործածվում է գոհացնելու Մեդիֆալի իմ վնասաբաժինը:
14. Եթե ես ընդունվեմ ծերանոց (nursing home) եւ նպատակ չունեմ տուն վերադառնալու, Նահանգը կարող է պահանջ դնի (lien) իմ կալվածի դիմաց:
15. Իմ մահիցս հետո, Նահանգը իրավունք ունի փոխհատուցում պահանջելու իմ թողած կալվածից (estate) բոլոր Մեդիֆալի խնամքներին համար որ ես ստացել եմ 55 տարեկանից հետո, բացի եթե ես ունեմ ապրող կողակից, փոքր երեխա, կույր կամ մշտականապես հաշմանդամ երեխա, կամ եթե դա դժվարութեւն կստեղծի իմ ժաբանգորդներին:
16. Իմ կողակցի մահիցը հետո, Նահանգը այդ իրավունք ունի պահանջելու իրա հարստության (property) մասից որ նրան հասած է իմ կալվածից (estate), բոլոր Մեդիֆալի խնամքի ծախսերը, որ ես ստացել եմ 55 տարեկանից հետո, մինչեւ իրա հարստության (property) այն գումարը որ իմ կողակիցը ստացել է ինձանից:

(Ստորագրեք եւ պահեք ձեր մոտ)

Ես հաստատում եմ որ ես կարդացել եմ այս էջերի վրա գտնող տեղեկությունները ֆաունդի աշխատողի հետ միասին եւ ամբողջովին հասկանում եմ իմ իրավունքները եւ պատասխանատվությունները իմ Մեդիֆալի դիմումը որոշվելու եւ այդ պահելու:

Դիմորդ/Ներկայացուցիչի Ստորագրություն (կամավոր)

Թվական



COUNTY USE ONLY

I have provided (check one) In Person By Mail to the applicant the rights, responsibilities, and other information listed on this form.

Eligibility Worker's Signature

Worker Number

Date

**ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ ՄԵԴԻՔԱԼ ՍՏԱՆԱԼ ՑԱՆԿԱՑՈՂՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ
(ՇԱՐՈՒՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆ)**

7. Եթե ես ստանում եմ Մեդիքալ անկարողության պատճառով եւ դիմեմ դիսաբիլիթիի օգնության SAA-ից, եւ SAA-ը մերժի իմ դիսաբիլիթիին, իմ Մեդիքալը կարող է դադարեցվի: Եթե ես այդ մերժումը ամիջապես վերադիմեմ, իմ Մեդիքալը կշարունակվի մինչեւ SAA-ը վերջնական որոշում տա: Եթե SAA-ը ընդունի իմ բլեյմը, իմ Մեդիքալը կշարունակվի: Եթե SAA-ը չընդունի իմ պահանջը, իմ Մեդիքալը կդադարեցվի:
8. Մեդիքալ ստանալու իբր պայման, իմ եւ իմ պատասխանատվության տակ օրինապես գտնվող անձերի բժշկական խնամքը, եւ/կամ բժշկական խնամքի վնարումները, բնականաբար հանձնվում են Նահանգին:
9. Եթե բժշկական օգնությունը դատարանի միջոցով է պահանջվում բացակա ծնողի կողմից իմ երեխաների համար, ապահովագրության ընկերությունը պետք է թողնի ինձ գրանցել եւ խնամք հայթայթել իմ երեխաներին առանց բացակա ծնողի համաձայնությանը:
10. Եթե ես չդիմեմ կամ պահեմ անվճար առողջապահական ապահովագրությունը կամ նահանգի կողմից վճարված ապահովագրությունը, իմ Մեդիքալը եւ/կամ իրավասությունը կմերժվի կամ կդադարեցվի:
11. Երբ ես Մեդիքալ դիմեմ, պետք է նաեւ ստուգեն եթե ինձ կհասնի ուրիշ բժշկական օգնության ծրագիր, ներառյալ HIPP եւ EGHP:
12. Եթե ես պահանջեմ Մեդիքալի հայթայթողից որեւէ խնամք, որը դուրս է ընկնում իմ ոչ-Մեդիքալի առողջապահական ծրագրից, ես պետք է բժշկական խնամք հայթայթողին տամ գրավոր իմաց իմ առողջական պլանից, ասելով նա չի հայթայթում այդ Մեդիքալի կողմից առաջարկվող սպասարկությունը:
13. Մեդիքալի հայթայթիչներ չեն կարող հավաքել ապահովագրության վնարաբաժին, ֆոնդեր, կամ դիդաֆթրիսինձանից բացի այն ժամանակ երբ այդ վնարումը գործածվում է գոհացնելու Մեդիքալի իմ վնարաբաժինը:
14. Եթե ես ընդունվեմ ծերանոց (nursing home) եւ նպատակ չունեմ տուն վերադառնալու, Նահանգը կարող է պահանջ դնի (lien) իմ կալվածի դիմաց:
15. Իմ մահիցս հետո, Նահանգը իրավունք ունի փոխհատուցում պահանջելու իմ թողած կալվածից (estate) բոլոր Մեդիքալի խնամքներին համար որ ես ստացել եմ 55 տարեկանից հետո, բացի եթե ես ունեմ ապրող կողակից, փոքր երեխա, կույր կամ մշտականապես հաշմանդամ երեխա, կամ եթե դա դժվարութեուն կստեղծի իմ ժարանգորդներին:
16. Իմ կողակցի մահիցը հետո, Նահանգը այդ իրավունքը ունի պահանջելու իրա հարստության (property) մասից որ նրան հասած է իմ կալվածից (estate), բոլոր Մեդիքալի խնամքի ծախսերը, որ ես ստացել եմ 55 տարեկանից հետո, մինչեւ իրա հարստության (property) այն գումարը որ իմ կողակիցը ստացել է ինձանից:

(Ստորագրեք եւ պահեք ձեր մտ)

Ես հաստատում եմ որ ես կարդացել եմ այս էջերի վրա գտնող տեղեկությունները ֆաունթիի աշխատողի հետ միասին եւ ամբողջովին հասկանում եմ իմ իրավունքները եւ պատասխանատվությունները իմ Մեդիքալի դիմումը որոշվելու եւ այդ պահելու:

Դիմորդ/Ներկայացուցիչի Ստորագրություն (կամավոր)

Թվական



COUNTY USE ONLY

I have provided (check one) In Person By Mail to the applicant the rights, responsibilities, and other information listed on this form.

Eligibility Worker's Signature

Worker Number

Date